

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

POUR LE

N°.....
181

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN DELPEYROU

Né le 26 Octobre 1898, à Monclar-de-Quercy (Tarn-et-Garonne)

Contribution à l'Etude clinique de

L'INVOLUTION UTÉRINE PUERPÉRALE

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS

1925

81



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1925

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN DELPEYROU

Né le 26 Octobre 1898, à Monclar-de-Quercy (Tarn-et-Garonne)

Contribution à l'Etude clinique de L'INVOLUTION UTÉRINE PUERPÉRALE

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE.

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS

1925

Le Doyen

M. ROGER

I. — PROFESSEURS



MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des mala- dies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux..	GUTHAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERZ.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULE.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHT Fils.
Anatomie	ROUVIERE.
Physique médicale	STROHL.
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophthalmologie	WELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTNER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOILLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	N.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

*Au début de ce travail
qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*qui a bien voulu accepter la pré-
sidence de notre thèse.*

AU DOCTEUR LEVANT

*à qui nous devons notre sujet,
qu'il trouve ici l'expression de
notre reconnaissance. C'est à
ses conseils éclairés que nous
devons d'avoir pu mener à bien
la tâche dont il nous avait
chargé.*

PRÉAMBULE

Au fur et à mesure que les connaissances médicales se précisent, que les doctrines qui en émanent évoluent, certaines particularités hier ignorées, méritent d'attirer l'attention des observateurs.

C'est ainsi que dans ce modeste travail, qu'a bien voulu inspirer M. le Docteur Levant, nous nous proposons de signaler une forme anormale d'involution utérine, ou plutôt un type spécial de subinvolution au cours de suites de couches, absolument physiologiques par ailleurs, succédant à un accouchement et une grossesse normale.

Nous devons à la bienveillance de M. le Professeur Levant, la série d'observations cliniques que nous rapportons plus loin et d'après lesquelles nous essaierons de dégager les faits qui ont attiré notre attention.

Bien que cette courte étude vise à être avant tout clinique, il nous a paru nécessaire, avant d'aborder plus directement les faits, de donner un court historique de notre sujet. Il n'est pas toujours sans utilité de connaître les idées et travaux de nos devanciers.

Dans un deuxième chapitre, nous donnerons un résumé de ce qu'est au point de vue classique l'involution utérine normale.

Au cours du troisième chapitre, nous exposerons nos idées à la suite d'observations cliniques.

Enfin, nous chercherons à dégager les conclusions pratiques que comporte l'étude des faits présentés.

DÉFINITION

On appelle involution utérine, l'ensemble des phénomènes que subit l'utérus et ses annexes après la parturition et qui l'amènent peu à peu à être apte à une nouvelle grossesse.

Le corps utérin revient peu à peu sur lui-même, diminue de volume et quitte l'abdomen pour redevenir pelvien. Au bout de douze jours en moyenne, le fond de l'utérus se trouve derrière la symphyse pubienne, son poids diminue également, mais dans un temps plus long. De même, pendant cette période des suites de couches, le col subit une régression semblable et au bout de quelque temps sa forme et ses dimensions se rapprochent de celles qu'il conservera dans l'avenir.

Telle est l'involution utérine. Quand les phénomènes de régression sont au maximum, on dit qu'il y a hyperinvolution; quand au contraire, ils sont retardés, il y a subinvolution.

INTRODUCTION

Il existe dans l'involution utérine, deux grandes variétés de phénomènes à considérer.

Les phénomènes intimes qui ont pour siège les différents tissus qui forment la trame de l'utérus, les phénomènes histologiques, en un mot, qui doivent être étudiés à l'aide du microscope, et qui consistent, selon l'opinion la plus répandue, dans la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires formées par hypergénèse et leur résorption par l'appareil vasculaire.

D'autres, moins importants, d'ordre purement clinique, qui consistent dans des changements de forme, de situation, de consistance et surtout de dimensions que subit l'utérus, tous d'ordre macroscopique, et qui ne sont en somme que l'extériorisation de ceux qui ont lieu dans l'intimité du tissu utérin.

Nos recherches ne s'adressent pas aux premiers de ces phénomènes qui intéressent surtout l'histologiste, non seulement parce que l'accord paraît s'être fait à l'heure actuelle après les travaux nombreux et déjà anciens de Robin, West, mais aussi parce qu'aujourd'hui que la léthalité pendant le puerperium est presque nulle, il est impossible d'entreprendre un travail que l'on ne pourrait avoir des chances de mener à bien.

La très grande majorité des utérus en involution obtenus

par autopsies sont des utérus infectés et par là même ne peuvent servir à l'étude de l'histologie de la régression normale; et ceux que l'on peut avoir par suite de la mort accidentelle d'une récente accouchée (embolie) sont en trop petit nombre pour tirer de leur étude des conclusions d'une valeur scientifique certaine.

Nous nous sommes bornés à l'étude des phénomènes physiques et parmi ceux-ci, délaissant l'étude du poids et de la capacité de l'utérus qui présente moins d'intérêt, au point de vue clinique, nous n'étudions que les modifications du volume, la situation et la perméabilité qui seules intéressent le praticien.

Aussi, avons-nous délaissé volontairement les procédés d'exploration compliqués nécessitant une technique spéciale et d'usage difficile hors de l'hôpital. Le procédé uniformément employé dans les observations qui suivent pour juger de l'état de l'involution utérine au cours du post-partum a été le toucher vaginal combiné au palper abdominal.

Le relâchement des parties molles (vulve, vagin) et de la paroi abdominale dans les premières semaines suivant l'accouchement, rend cet examen, simplement fait dans le lit de l'accouchée mise en position classique, particulièrement aisé et instructif, et on apprécie aisément de cette façon le volume, la situation, la tonicité du corps utérin, la béance ou la fermeture du col utérin et l'état des annexes. Nous bornant à une étude strictement clinique et pratique, nous n'avons pas fait suivre cet examen de l'hystérométrie.

HISTORIQUE

De tous temps, tous les peuples se sont occupés de l'état des femmes après leurs couches, sans cependant se livrer à aucune étude scientifique des phénomènes présentés à cette période.

Dès la plus haute antiquité, les lois de Moïse défendaient les rapports sexuels avant quarante jours après l'accouchement. Hippocrate, Gallien, Celse, Avicenne sont absolument muets sur ce sujet qu'ils ignorent.

Le Moyen-Age fut une époque d'obscurité obstétricale et nous n'avons pu trouver aucune précision durant cette période de l'histoire.

Au seizième siècle, Ambroise Paré, lui-même n'a pas consacré un mot aux suites de couches. Son élève Guillemeau ne remplit pas le vide laissé par son maître.

Ces accoucheurs ne s'occupaient que des lochies et des écoulements provenant de la matrice, sans se soucier du tout de l'état de l'utérus lui-même.

Au XVII^e siècle, Saint-Germain, Fournier, Viardel, Portal n'ont pas laissé dans leurs écrits une page dans laquelle on puisse trouver une mention relative à la marche rétrograde de l'utérus après l'accouchement. Mauriceau lui-même passe sous silence ce phénomène physique pour ne décrire que les lochies et les tranchées utérines.

C'est seulement au XVIII^e siècle, que la question est él-

fleurée. En effet, Puzos, dit ceci : « Quoique la nature ait besoin d'un temps considérable et d'un écoulement de lochies fort long pour se réduire au petit volume où elle doit être hors du temps de la grossesse ». Il n'insiste pas davantage. Astruc ne fait allusion au retrait de l'utérus que pour conseiller de serrer l'alèze avec laquelle on entoure le ventre à mesure que l'utérus rentre dans le bassin. Levret qui consacre cependant un chapitre spécial à l'étude des suites de couches ne nous en entretient que fort peu.

Sans nous arrêter à analyser les écrits d'un grand nombre d'accoucheurs de la première moitié du dix-huitième siècle, nous voyons que plus tard, à la fin du siècle, Baudelocque en France, Smellie en Angleterre, Stein et Rœderer en Allemagne, subissant les idées de l'époque, n'attachent aucune importance à l'état de la matrice après l'accouchement, non plus qu'à son évolution rétrograde.

Plus près de nous, au XIX^e siècle, où l'art des accouchements avait accompli cependant des progrès énormes et devenait plus scientifiques, Mme Lachapelle et Mme Boivin n'ont consacré aucune étude à l'involution utérine. Mme Boivin dit seulement ceci : « Trente à quarante jours suffisent pour rétablir l'ordre dans toutes les parties et les rendre à peu près à leur même état ».

C'est seulement en 1826 que Stolz, dans sa thèse inaugurale, étudie l'involution utérine, mais seulement limitée au col. Velpeau, dix ans plus tard, tout en observant le fait, restait peu précis et ignorait en tout cas la régression lente et continue de la matrice dans les suites de couches.

Il faut arriver à Maygrier (1840), Chailly (1845), Jacquemin (1846) et surtout Guérin (1858), pour voir dans l'invo-

lution utérine une nouvelle préoccupation des accoucheurs et le début d'études plus précises à son sujet.

On a commencé à voir à ce moment le retrait continu de l'utérus et essayé sa mensuration, de même que par le palper, on se préoccupait davantage de sa consistance et de sa position.

De 1858 à 1867, date à laquelle Chailly fit paraître son traité, on ne trouve que le travail de Wieland sur « Etude de l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retrait de cet organe à l'état normal après l'accouchement ».

En 1869, Autefage consacre sa thèse inaugurale à la même question et donne un procédé de mensuration, de même à l'étranger, ce sujet est à l'ordre du jour et devient le but de minutieuses recherches.

Garipuy, de Toulouse, fait en 1875, une revue générale de la question à laquelle le P^r Depaul consacre une de ses leçons cliniques.

En 1880, un nouveau procédé d'exploration utérine est appliqué par Charpentier en France et Sinclair en Amérique. C'est l'hystérométrie interne. Les résultats sont étudiés par Arnaud, Milson et Ganzinotti dans leur thèse.

Malheureusement, l'emploi de procédés différents, la présence de résultats contradictoires laissent un champ très vaste aux controverses et il est encore difficile à cette période d'avoir une opinion. Mais, sous l'impulsion des travaux de Lister et surtout de Pasteur, la pratique obstétricale subit des transformations.

Depuis l'introduction de l'antisepsie dans les accouchements, c'est-à-dire depuis Tarnier et la fondation de la clinique Baudelocque, le pourcentage de la fièvre puerpérale

se réduit à un chiffre infime et on assiste à un changement complet dans l'évolution des suites de couches.

Profitant des progrès réalisés les travaux de Silvie (1889), Desplats (1899), Leclerc-Montmoyen (1903), Camacho (1905), Goldenberg, Valette (1910) ont précisé encore quelques points, apportant des résultats précis, basés sur des statistiques d'involution normale chez des femmes dont les suites de couches sont aseptiques et chez lesquelles aucune infection n'a pu influencer la courbe de régression.

Dès ce moment, la question bien mise au point devient une notion classique bien connue des accoucheurs et des médecins, qui en tirent de nombreuses conclusions cliniques. On parle déjà, avec Duval, de subinvolution et de superinvolution, modes distincts de régression utérine et on propose quelques moyens d'action sur ces différents états de l'utérus.



Afin d'en mieux saisir les variations, nous tenons à montrer comment les différents auteurs présentent l'involution utérine normale; c'est-à-dire celle qui se produit chez la femme dont le squelette ou les organes sont normaux, qui accouchent à terme et dont les suites de couches sont physiologiques.

D'après les observations recueillies, les auteurs ont calculé des moyennes qu'ils donnent comme une règle fixe.

Tout le monde est d'accord pour dire qu'après la sortie de l'enfant, l'utérus présente une certaine ascension pendant la période de la délivrance. « Immédiatement (Pinard et Varnier) après l'expulsion du fœtus, l'utérus représenté par son segment supérieur et moyen s'affaisse sur le segment infé-

rieur et le col. Ceux-ci amincis par le fait d'une élongation et d'une dilatation plus ou moins considérable et ayant perdu toute consistance, sont en état d'impotence fonctionnelle momentanée.

Puis, lorsque le placenta est décollé et poussé à travers l'anneau de contraction, c'est-à-dire au niveau où la paroi a conservé sa rétractilité et sa contractilité, il remplit plus ou moins le segment inférieur. L'affaissement de la paroi disparaît et le fond de l'utérus s'élève fatalement. On comprend ainsi comment l'utérus s'abaisse à nouveau et s'affaisse quand le placenta a quitté définitivement l'utérus et est passé dans le vagin ». Cette ascension utérine, admise par la plupart des auteurs, Autefage, Depaul, Serdukoff, Leclerc-Montmoyen, est cependant niée par d'autres, Camacho par exemple.

Après cette élévation commence la régression dont la durée, bien que différemment appréciée par les observateurs, varie dans des limites assez étroites.

Pour Wieland, le fond de l'utérus disparaît, le dixième ou onzième jour derrière le pubis. Depaul, par un procédé à lui, arrive aux mêmes conclusions.

Charpentier trouve que dans les dix premières journées de suites de couches, la diminution en moyenne est de un centimètre par jour et que l'utérus disparaît dans le petit bassin du dixième au douzième jour.

Autefage donne le tableau suivant :

- Le 1^{er} jour le fond utérin est à 12 cm. 5 au-dessus du pubis
- Le 2^e jour le fond utérin est à 10 cm. 9 au-dessus du pubis
- Le 3^e jour le fond utérin est à 10 cm. 09 au-dessus du pubis
- Le 4^e jour le fond utérin est à 8 cm. 8 au-dessus du pubis
- Le 5^e jour le fond utérin est à 7 cm. 8 au-dessus du pubis

Le 6 ^e jour le fond utérin est à	6 cm. 7	au-dessus du pubis
Le 7 ^e jour le fond utérin est à	6 cm. 3	au-dessus du pubis
Le 8 ^e jour le fond utérin est à	5 cm. 3	au-dessus du pubis
Le 9 ^e jour le fond utérin est à	4 cm.	au-dessus du pubis
Le 10 ^e jour le fond utérin est à	3 cm.	au-dessus du pubis
Le 11 ^e jour le fond utérin est à	2 cm.	au-dessus du pubis

Il remarque que la décroissance en hauteur est plus marquée dans les premières journées et qu'à partir de la quatrième, elle devient constante.

Milson avec 115 observations donne un tableau semblable. On y voit la décroissance plus grande dans la première journée, 1 cm. 25. A partir de la quatrième, la diminution est moindre, égale en moyenne à 0 cm. 45, cependant, d'après lui, l'utérus se maintient à la même hauteur aux huitième et neuvième jours de suites de couches normales.

Ganzinotti classe ses observations en deux catégories : les unes à involution lente. Le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du 12^e au 15^e jour ; les autres, à involution rapide, le fond disparaît du 11^e au 12^e.

Dans les ouvrages plus récents, les tableaux d'involution diffèrent sensiblement. Ceux de Leclerc-Montmoyen et Vallette donnent des chiffres assez forts. Dans le tableau de Camacho, les nombres moins élevés rappellent ceux d'Aute-
fage, mais les diminutions journalières se distinguent considérablement dans les dernières journées, Camacho les trouve très accusées.

Parallèlement au corps, le col de l'utérus subit aussi, durant cette période, des modifications importantes. Les voici telles que les décrivent dans leur traité, Tarnier et Chantreuil :

« Dès que le fœtus et le placenta ont été expulsés, l'uté-

rus revient sur lui-même et le col se referme en partie. Les parois sont tellement molles qu'il est parfois difficile de les distinguer des parois vaginales : minces à la partie inférieure, elles augmentent d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche de l'orifice interne ».

« Après la délivrance, on pénètre facilement dans la cavité cervicale en écartant les lèvres de l'orifice externe avec le doigt. L'orifice interne seul résiste un peu et formerait, d'après Wieland, non pas un véritable anneau, mais un canal étroit; un isthme véritable. La longueur moyenne du col, c'est-à-dire du canal cervical depuis le rebord de la limite qui sépare la muqueuse du corps de celle du col jusqu'à l'orifice externe, serait, d'après Lott, de 7 centimètres après l'accouchement ».

Dans les suites de couches le col se raccourcit peu à peu pour revenir à la longueur normale au 12^e jour. Pendant qu'il diminue de longueur, ses parois augmentent d'épaisseur et ses orifices se referment progressivement. Vingt-quatre heures après l'accouchement, les parois du col, bien que plus épaisses qu'après la délivrance, sont encore molles et pendantes, le doigt introduit dans la cavité cervicale constate une épaisseur plus grande due au plissement de la muqueuse.

Au quatrième jour, la consistance des parois est augmentée, mais inégale. L'orifice interne est plus étroit et mesure seulement 1 centimètre. L'orifice externe est allongé transversalement, le bord est nettement dessiné.



Ainsi donc, à ne considérer que les résultats, nous voyons qu'en pratique, il faut au moins douze jours pour que le

corps et le col utérins reprennent la forme qu'ils avaient avant la grossesse.

Nous allons voir dans les observations qui suivent combien cette interprétation est susceptible de modifications.

Recherches Personnelles

Toutes les observations que nous rapportons ont été prises dans la maternité que dirige le D^r Levant à la Charité. Leur numéro d'ordre est celui du registre d'accouchements.

Tous les examens, dont nous allons dégager plus loin, nos conclusions, ont été pratiqués par le Docteur lui-même, nous apportant ainsi le secours de son expérience clinique, écartant par là même les causes d'erreur que notre inexpérience aurait pu y introduire.

Sur les 60 cas qu'il nous a été donné d'observer, nous n'en rapportons que quelques-uns pris parmi les plus instructifs.

OBSERVATION N° 25 : Mme X..., 29 ans I pare.

Aucun antécédent pathologique.

Après une grossesse normale, a accouché spontanément à terme d'une fille vivante pesant 3 kil. 130. Délivrance normale.

Poids du placenta : 520 grammes.

Présentation S. I. G. A.

Dégagement en S. P.

Duré du travail : 22 heures.

Expulsion : 1 heure 30.

Pendant les 15 jours de suites de couches que cette dame passa dans le service, on ne signale aucun fait pathologique.

Cependant, examinée le 15^e jour, elle présente un utérus

Bords du placenta : 520 grammes.

encore gros, en involution incomplète avec un col facilement perméable. Rien aux annexes.

OBSERVATION N° 82 : Mme X..., 22 ans, II pare

Conduit à terme une grossesse à évolution normale se terminant par un accouchement spontané et une délivrance normale.

Enfant pesant 2 kil. 880.

Poids du placenta : 540 grammes.

Présentation : O. I. G. A.

Dégagement : O. P.

Durée du travail : 3 heures 20.

Suites de couches normales, aucun signe d'infection même légère. Température oscillant de 36°8 à 37°5.

Le 14^e jour, l'examen a permis de constater un utérus d'un volume d'une gestation de 4 mois avec un col franchement perméable, mais bien revenu sur lui-même.

OBSERVATION N° 118 : Mme X..., 25 ans, II pare

Conduit à terme une grossesse à évolution normale se terminant par un accouchement spontané et une délivrance normale.

Enfant pesant 3.300 grammes.

Poids du placenta : 550 grammes.

Présentation : O. I. D. P.

Dégagement : O. P.

Durée du travail : 16 heures.

Expulsion : 5 minutes.

Suites de couches absolument normales. Examinée au 12^e jour de l'accouchement, présente un utérus du volume d'une gestation de 3 mois $\frac{1}{2}$. Le fond utérin est perçu à trois doigts

sous l'ombilic. Col : franchement perméable. Rien aux annexes.

OBSERVATION N° 162 : Mme X..., 22 ans, III pare

Après une gestation ayant évolué dans de bonnes conditions, accouche à terme.

Enfant pesant 3.480 grammes.

• Poids du placenta : 550 grammes.

Présentation : O. I. G. A.

Dégagement : O. P.

Durée du travail : 5 heures 45.

Expulsion : 15 minutes.

Présente le 12^e jour à l'examen un utérus du volume d'une gestation de trois mois, en bonne position, non douloureuse, avec un col perméable. Rien aux annexes.

OBSERVATION N° 178 : Mme X..., 20 ans, I pare

Grossesse évoluant normalement à terme. Accouchement rendu difficile par la présentation en M. I. G. T.

Forceps dans la partie moyenne de l'excavation. Application en M. I. G. T. Dégagement en M. P. Enfant en état de mort apparente, ranimé après 30 minutes.

Délivrance naturelle complète.

Poids de l'enfant : 3.100 grammes.

Poids du placenta : 600 grammes.

Liquide teinté de méconium. Périnéorrhaphie 3 crins.

A présenté, le douzième jour, un utérus à deux doigts au-dessous de l'ombilic, col fermé, lochies séreuses. Pas de fièvre.

Nous arrêtons là, la liste de nos observations. Nous ferons remarquer que les examens ont été pratiqués après que les réservoirs : vessie et rectum, furent mis en état de vacuité; nous n'ignorons pas en effet, leur influence sur la situation de l'utérus.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Tout d'abord, un premier fait se présente à nous, évident : c'est un état de régression incomplet de l'utérus, perçu le douzième jour des suites de couches, au moment où doit se discuter le premier lever de l'accouchée.

D'autre part, deuxième fait, peut-être le plus important. Cet état a été constaté au cours de suites de couches n'ayant jamais présenté aucun caractère pathologique, c'est ce caractère spécial qui doit éveiller immédiatement notre attention de par l'élément nouveau qu'il apporte.

En effet, dans toutes nos observations, à l'époque où l'involution utérine normale devrait être cliniquement achevée, on trouve un corps utérin gros, du volume d'une gestation de trois mois, le plus souvent, dont le fond est perçu à trois doigts au-dessous de l'ombilic, montrant ainsi que l'organe est encore abdominal et non pelvien, ainsi qu'il devrait. Nous éliminons, bien entendu, les autres causes d'utérus gros (fibromes). De plus, le col est encore perméable à l'orifice interne.

Voyons de près les conditions dans lesquelles se présente cet état spécial et les différents états physiologiques ou pathologiques qui pourraient le causer :

INFECTION. — Les différents observateurs qui, avant nous, ont étudié la question, ont fait de l'infection puerpé-

rale la grande cause de subinvolution utérine.

Scanzoni et de Sinéty estiment que la subinvolution est bien d'origine inflammatoire; West accepte également cette opinion. Doléris, qui a étudié de très près ces états de l'utérus, place l'infection puerpérale en tête de liste des causes de régression incomplète. Cependant, quelques contradictions se retrouvent chez lui, car bien que partisan ardent de l'infection il range cependant la subinvolution dans les maladies non infectieuses.

Camacho est de beaucoup plus affirmatif. Nous citons ses propres termes : « La seule, la véritable cause ayant une influence patente, décisive, sur l'arrêt d'involution normale, c'est l'infection ». Et plus loin : « Sans infection l'involution marche d'une façon régulière et continue; avec l'apparition de l'infection, plus d'involution normale : c'est de la subinvolution, c'est un signe constant et indéniable d'infection utérine ».

Cette explication est aussi celle de nombreux auteurs; nous nous permettons de faire certaines réserves à son sujet.

Jamais en effet, dans nos observations, nous n'avons relevé le moindre signe clinique d'infection utérine. La température des accouchées a toujours oscillé pendant les suites de couches de $36^{\circ}8$ à $37^{\circ}5$, sans jamais atteindre ou dépasser, dans certains cas exceptionnels (constipation), $37^{\circ}8$. Ce ne sont pas là températures d'infectées. Le pouls, toujours en concordance avec la température se maintenait aux environs de 65 pulsations. Quant aux autres signes d'infection : frissons, douleur utérine à la palpation, fétidité lochiale, jamais, dans les cas que nous rapportons, nous ne les avons constatés.

Devons-nous plutôt admettre l'hypothèse suivante de Doléris : « Que l'infection peut agir ici par elle-même, en déterminant une sorte de stupeur de l'appareil génital, car, dans bien des cas où la substance même de l'utérus est peu ou point affectée, les éléments infectieux l'ayant seulement traversée pour aller gagner les annexes, le péritoine, les grands viscères et s'y cantonner, l'involution de la matrice n'en est pas moins brusquement arrêtée ». Doléris admet donc que le seul passage des éléments infectieux est suffisant pour gêner l'involution.

Ne voulant pas abandonner le cadre clinique que nous nous sommes fixés, nous ne ferons que citer cette hypothèse sans la retenir davantage. Il suffit de se rapporter aux observations citées plus haut pour saisir l'invraisemblance de cette hypothèse.

Ainsi, dans aucun des cas que nous présentons, nous ne saurions invoquer l'infection comme véritablement la cause de cet état de subinvolution qui nous avait frappé. Est-ce à dire avec Camacho que du moment qu'il y a subinvolution, il y a infection ? C'est possible, mais nous ne saurions l'affirmer d'après nos seuls documents.

Si nous avons insisté longuement sur ce paragraphe, c'est que l'infection tient une grosse place en obstétrique et qu'à ce titre, elle doit être, maintenant que nous avons les moyens de la combattre, la préoccupation constante du praticien.

TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX. — Ce sont, de toutes les causes possibles de subinvolution, les opérations obstétricales qui ont été le moins souvent invoquées. Wieland et Autefage n'en ont rien dit, Charpentier et Sinclair ne paraissent leur attacher que peu d'importance. C'est seulement

depuis Aaron (1883) que cette explication a été apportée.

Devons-nous la retenir ?

D'une manière générale, nous ne le pensons pas, nous rapportant à ce sujet aux traités classiques. Nous estimons qu'une opération obstétricale peut être un facteur de subinvolution, non par elle-même, mais seulement à la faveur de l'infection qu'elle peut créer.

Dans les cas libres de toute infection, nous serons moins affirmatifs; car, si nous avons des observations nous permettant de conclure d'une façon positive: nous en avons d'autres tout aussi probantes qui nous amènent à une assertion contraire.

NOMBRE DE GROSSESSES. — Ce sont peut-être, de toutes les conditions physiologiques celles qui ont le plus préoccupé les auteurs dans l'étude de la marche de l'involution, et cependant leurs opinions sont aussi différentes que possible.

D'après Cazeaux, Depaul, Autefage et Charpentier, la régression serait plus rapide et plus régulière chez les primipares que chez les multipares.

Ribemont, Dessaignes et Lepage prétendent au contraire, que cette involution est plus rapide chez les multipares.

Quant à nous, qui apportons une part bien modeste à cette étude, nous estimons, d'après nos observations, qu'il est bien difficile en clinique d'affirmer tel fait plutôt que tel autre. La règle générale ne peut exister qu'en déformant un tant soit peu la réalité. Les cas que nous avons observés sont aussi différents que possible. Nous avons constaté un état de subinvolution aussi net qu'on peut le trouver chez des primipares, aussi bien que chez des 4^e et 6^e pare. Ainsi, comment

conclure ? Où est la règle et où l'exception ? Plus tard, peut-être qu'une plus grande expérience de la clinique nous permettra de le dire. Pour le présent, nous constatons des modalités que rien ne paraît relier.

Pour expliquer cette influence de la primiparité ou de la multiparité, certains auteurs ont invoqué, une durée plus ou moins longue du travail, ou le mode de présentation.

On a pu déjà se rendre compte, par les observations transcrites plus haut, que même dans ce cas, il ne saurait être donné de règle fixe. C'est ainsi que nous constatons une régression utérine presque normale dans une S. I. G. A., après un travail de 22 heures et par contre, un état de subinvolution très marqué, après un travail de 5 heures 45 pour une présentation en D. I. G. A. Si l'on songe que ces quelques cas ont été pris parmi 60, on voit par là combien sont difficiles les interprétations.

N'ayant pu étudier nous-mêmes l'influence de l'allaitement, non plus que des maladies générales sur la subinvolution, nous n'apporterons sur ces différents sujets aucune idée personnelle.

CONCLUSIONS

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal donne de très précieux renseignements sur l'involution utérine au cours du post-partum.

Cet examen doit être systématiquement pratiqué chez toute accouchée avant le premier lever; le palper abdominal seul ne suffit pas et prête à de grossières erreurs (utérus mou, utérus rétroversé, non perçu).

Il renseigne sur l'état du col.

Cliniquement l'involution utérine paraît variable avec les femmes; nous pourrions répéter ici cet aphorisme de médecine générale : Il n'y a pas de maladies, il y a des malades; elle peut être longue ou brève, sans qu'il semble y avoir de rapports directs entre ces variations et la parité, la durée du travail, la dystocie ou les opérations obstétricales. L'infection a seule une influence certaine mais non dans tous les cas.

Vu le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUTEFAGE. — Retrait de l'utérus après l'accouchement.
Thèse de Paris, 1869.
- ASTRUC. — *Traité complet des accoucheurs*, 1771.
- Mme BOUIN. — *Memorial de l'art des accouchements*, 1833.
- CAMACHO. — Recherches sur involution utérine *Thèse*, Paris, 1906.
- DEMELIN ET DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur*, 1924.
- DUBRISAY ET JEANNIN. — *Précis d'accouchement*, 1923.
- DEPAUL. — *Leçons de clinique obstétricale*, 1872.
- GOLDENBERG. — Etude clinique de l'involution utérine *Thèse de Paris*, 1911.
- GANZINOTTI. — Etude de l'involution utérine *Thèse*, Nancy, 1882.
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*, 1922.
- Mme LACHAPPELLE. — *Pratique des accouchements*, 1821.
- LECLERC-MONTMOYEN. — De l'involution utérine dans l'albuminurie. *Thèse*, Lyon, 1903.
- MAYGRIER ET HOLMAYRAND. — Nouvelles démonstrations d'accouchements, 1840.
- PORTAL. — La pratique des accouchements, 1682.
- PUZOS. — *Traité d'accouchement*, 1759.
- SAINT-GERMAIN. — *Eschole des sages-femmes* 1650.
- SILVIE. — Contribution à l'étude de la régression utérine, *Thèse*, Paris, 1898.

- SUE. — Essai littéraire et historique sur l'art d'accouchement.
- RIBEMONT, DESSAIGNE ET LEPAGE. — *Traité d'obstétrique*, 1923.
- TARNIER ET CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements*.
- VALETTE. — De l'involution utérine, 1910.
- VELPEAU. — *Traité complet de l'art des accouchements*.
- WIELAND. — Etude de l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement. *Th.*, Paris, 1858.
- VIARDEL. — Observations sur la pratique des accouchements, 1671.
-

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER



